ROSEMEAD SCHOOL DISTRICT
3907 ROSEMEAD BLVD., ROSEMEAD, CA 91770
TEL: (626) 312-2900 FAX: (626) 312-2913

Scan to Enroll



2026-2027 ENROLLMENT OPENS 2-10-2026

YOUR KIDS DESERVE THE BEST EDUCATION

Why Rosemead School District?

- Rigorous Academics
- 21st Century Learning Environment
- Engaging STEAM & Arts instruction
- Mandarin Dual Language Immersion Program (Kinder-6th Grade)
- 7 Habits Leader In Me Lighthouse Schools (leaderinme.com)
- Instrumental Music Program (4th-8th Grades)
- PBIS Platinum Schools (pbis.org)
- New Elementary Playground Structures
- Middle School Electives & Clubs
- Advancement Via Individual Determination (AVID)
- Elevo Expanded Learning (elevolearning.com)
- After School Programs:
  - → Childcare
  - → Soccer
  - → Chess Club
  - → Cooking Classes
  - → Enrichment Program

Transitional Kindergarten (TK)/Kindergarten Registration Dates

Tues., February 10th - Janson Elementary
Wed., February 11th - Shuey Elementary
Thurs., February 12th - Encinita Elementary
Fri., February 13th - Savannah Elementary

Encinita Elementary

Janson Elementary

Muscatel Middle

Savannah Elementary

Shuey Elementary

Register https://bit.ly/RSDPreRegistrationForm

(626) 312-2900 registration@rosemead.k12.ca.us https://www.rosemead.k12.ca.us/

Las inscripciones 2026-2027 se abren el 10 de febrero de 2026

¿Por qué el Distrito Escolar de Rosemead?

- Académicos rigurososEntorno de aprendizaje del siglo 21
- Atractiva instrucción STEAM y Artes
- Inmersión en dos idiomas Mandarín PK-6º grado
- 7 Habits Leader In Me Escuelas Lighthouse (leaderinme.com)
- Programa de Música Instrumental (4º-8º grados)
- Escuelas PBIS Platinum (pbis.org)
- Nuevas estructuras de juegos de primaria
- Optativas y clubes de la escuela intermedia
- Avance a través de la determinación individual (AVID)
- Aprendizaje expandido de Elevo (elevolearning.com)
- Programas extracurriculares:
  - Cuidado de niños
  - Fútbol
  - Club de ajedrez
  - Clases de cocina
  - Programa de enriquecimiento

TUS HIJOS MERECEN LA MEJOR EDUCACIÓN

Fechas de inscripción de TK/Kinder

Martes, 10 de febrero de 2026 - Janson Elemenary
Miércoles, 11 de febrero de 2026 - Shuey Elemenary
Jueves, 12 de febrero de 2026 – Encinita Elemenary
Viernes, 13 de febrero de 2026 - Savannah Elemenary

Inscribir a un nuevo estudiante
https://bit.ly/RSDPreRegistrationForm
Para más información: www.rosemead.k12.ca.us o (626) 312-2900

Mở tuyển sinh 2026-2027 Tháng Hai 10, 2026

Tại sao lại là Học khu Rosemead?

- Học thuật nghiêm ngặtMôi trường học tập thế kỷ 21
- Hướng dẫn STEAM & Nghệ thuật hấp dẫn
- Hòa nhập song ngữ tiếng Quan Thoại PK-Lớp 6
- 7 thói quenLeader In Me Lighthouse Schools (leaderinme.com)
- Chương trình nhạc cụ (Lớp 4-8)
- Trường bạch kim PBIS (pbis.org)
- Cấu trúc sân chơi tiểu học mới
- Các môn tự chọn và câu lạc bộ trung học cơ sở
- Tiến bộ thông qua quyết định cá nhân (AVID)
- Học tập mở rộng của Elevo (elevolearning.com)
- Các chương trình sau giờ học:
  - Chăm sóc trẻ em
  - Bóng đá
  - Câu lạc bộ cờ vua
  - Lớp học nấu ăn
  - Chương trình bồi dưỡng

CON BẠN XỨNG ĐÁNG ĐƯỢC GIÁO DỤC TỐT NHẤT

Ngày đăng ký TK / Kinder

Thứ Ba, ngày 10 tháng 2 năm 2026 – Janson Elemenary
Thứ Tư, Tháng Hai 11, 2026 - Shuey Elemenary
Thứ Năm, ngày 12 tháng 2 năm 2026 - Encinita Elemenary
Thứ sáu, ngày 13 tháng 2 năm 2026 - Savannah Elemenary

Ghi danh một sinh viên mới
https://bit.ly/RSDPreRegistrationForm
Để biết thêm thông tin: www.rosemead.k12.ca.us hoặc (626) 312-2900

2026-2027 年入學日期：2026 年 2 月 10 日

為什麼選擇羅斯米德學區？

- 嚴謹的學術 21 世紀的學習環境
- 引人入勝的 STEAM 和藝術教學
- 雙語沉浸式普通話 PK-6 年級
- 7 個習慣 Leader In Me 燈塔學校(leaderinme.com)
- 器樂課程（4-8 年級）
- PBIS 白金學校(pbis.org)
- 新的小學操場結構
- 中學選修課和社團
- 透過個人決定 （AVID） 進步
- Elevo 擴展學習(elevolearning.com)
- 課後活動：
  - 育兒
  - 足球
  - 國際象棋俱樂部
  - 烹飪課程
  - 充實計劃

您的孩子應該得到最好的教育

TK/Kinder 註冊日期

2026 年 2 月 10 日星期二 – Janson Elementary
2026 年 2 月 11 日星期三 – Shuey Elementary
2026 年 2 月 12 日星期四 – Encinita Elementary
2026 年 2 月 13 日星期五 - Savannah Elementary

招收新學生
https://bit.ly/RSDPreRegistrationForm
欲瞭解更多資訊：www.rosemead.k12.ca.us 或 （626） 312-2900



ENCINITA ELEMENTARY MANDARIN DLI PROGRAM 2026-2027

K-6TH GRADE

1st-6th grade applicants will be scheduled for an exam*

2026-2027 DLI INTEREST FORM

https://bit.ly/490l0Ai

(626) 312-290000 x213
crivera@rosemead.k12.ca.us







ENCINITA ELEMENTARY PROGRAMA DLI MANDARÍN 2027-2028

K-6TO GRADO

PRIMERO A SEXTO GRADO
LOS SOLICITANTES SERÁN
PROGRAMADO PARA UN EXAMEN**

FORMULARIO DE INTERÉS DLI 2026-2027

https://bit.ly/490l0Ai

(626) 312-290000 x213
crivera@rosemead.k12.ca.us

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

February, 2026

Dear Parent(s)/Guardian:

In order to enroll your child in the Rosemead School District, you must first register online and then bring the following items to your school of residence:

A. Proof of age (Birth Certificate or Passport)

B. Proof of Residency (**Current** Gas, Landline Telephone, Electric, Trash, Cable or Water bill with one of the student's parent's name on it). If you do not have a bill in your name you will need to obtain address verification from your home school.

C. Immunization Record (refer to the *Required Immunizations For School Entry* form)

These immunization requirements apply to new admissions and transfers for all grades, including transitional kindergarten:

FOR NEW TK/KINDERS (and some grade 1 students) all appropriate immunizations (as listed above) are needed PLUS:

1. Dental Health Evaluation Form needs to be completed DURING Kindergarten. NOT required to be done BEFORE Entry.

WAIVERS:
If a parent wishes to sign **waivers on ANY requirements** please ask that they speak to the district school nurse.

You may pick up the registration information at your school of residency and go online to enroll at our website: http://www.rosemead.k12.ca.us to register your child. You must enroll your child at your school of residency or your enrollment package will be invalid.

If you have any questions, please feel free to contact the Special Education & Student Support Services Office at (626) 312-2900 or email at registration@rosemead.k12.ca.us.

Sincerely,

Hoori Chalian

Hoori Chalian
Coordinator
Special Education & Student Support Services

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

Febrero, 2026

Estimados Padre(s) / tutores:

Con el fin de inscribir a su hijo(a) en el Distrito Escolar de Rosemead, primero debe de registrarse en línea y luego traer los siguientes documentos a su escuela de residencia:

A. Comprobante de edad (Acta de Nacimiento o Pasaporte)

B. Comprobante de Residencia (Gas, teléfono fijo, electricidad, papelera, cable o agua **actual** con el nombre de uno de los padres del alumno). Si no tienes una factura a tu nombre, tendrás que obtener la verificación de dirección de tu centro educativo.)

   Registro de inmunización (consulte el formulario de *Vacunas requeridas para el ingreso a la escuela*)

   Estos requisitos de inmunización se aplican a las nuevas admisiones y transferencias para todos los grados, incluido el jardín de infantes de transición.

   PARA NUEVOS TK / KINDERS (y algunos estudiantes de GR 1) se necesitan todas las vacunas apropiadas (como se indica arriba) MÁS:

   1. El formulario de evaluación de la salud dental debe completarse DURANTE el jardín de infantes. NO es obligatorio hacerlo ANTES de la entrada.

EXENCIONES:
Si un padre desea firmar **exenciones sobre CUALQUIER requisito**, pida que hable con la enfermera de la escuela del distrito.

Puede recoger la información de registro en su escuela de residencia y conectarse en línea para inscribirse en nuestro sitio web: http://www.rosemead.k12.ca.us para registrar a su hijo. Debe inscribir a su hijo en su escuela de residencia o su paquete de inscripción no será válido.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con la Oficina de servicios de educación especial y apoyo estudiantil al (626) 312-2900 o enviar un correo electrónico a registration@rosemead.k12.ca.us.

Sinceramente,

Hoori Chalian

Hoori Chalian
Coordinador
Servicios de Educación Especial y Apoyo Estudiantil

Parents/Guardians – Are Your Kids Ready for School?

Required Immunizations For School Entry

CDPH California Department of Public Health

Please bring your child's immunization records with you at the time of registration. You may view and print a digital copy of your child's California vaccine record at: **MyVaccineRecord.CDPH.CA.gov**

Students Entering Transitional Kindergarten or Kindergarten Need Records of:

- ☐ **Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP, DTP, Tdap or Td) — 5 doses**
  4 doses OK if one was given on or after 4th birthday;
  3 doses OK if one was given on or after 7th birthday.
- ☐ **Polio (IPV or OPV) — 4 doses**
  3 doses OK if one was given on or after 4th birthday. Oral polio vaccine (OPV) doses given on or after April 1, 2016, do not count.
- ☐ **Hepatitis B — 3 doses**
- ☐ **Measles, Mumps, and Rubella (MMR) — 2 doses**
  Both doses must be given on or after 1st birthday.
- ☐ **Varicella (Chickenpox) — 2 doses**

New and Transfer Students Entering TK/K-12th Grade Need Records of:

- ☐ **All immunizations listed above**
  For 7th-12th graders: at least 1 dose of pertussis-containing vaccine is required on or after 7th birthday. Hepatitis B vaccine is required for any grade, except for entry into 7th grade.

Students Starting 7th Grade Need Records of:

- ☐ **Tetanus, Diphtheria, and Pertussis (Tdap) —1 dose**

What other immunizations should I ask my health care provider about?

When you visit your health care provider for back-to-school immunizations, make sure to also ask about other vaccines that help keep your child healthy, including **hepatitis A, COVID-19, and the annual flu vaccine**. Preteens and teens should also get the **human papillomavirus (HPV) vaccine** to protect against certain cancers and **meningococcal vaccines**.

Learn more about vaccines your child needs and **where to get immunized** at **GetImmunizedCA.org**.

Padres y tutores, ¿están sus hijos listos para la escuela?

Vacunas requeridas para el ingreso a la escuela

CDPH California Department of Public Health

Por favor traiga el registro de vacunación de su hijo cuando sea el momento de inscribirlo en la escuela. Puede ver e imprimir una copia digital del registro de vacunación de California de su hijo en: **mydvr.cdph.ca.gov**. (Seleccione "Español" arriba de la página).

Los alumnos que ingresan al kínder de transición (TK) o al kínder necesitan:

- ☐ **Difteria, tétanos y tosferina (DTaP, DTP, Tdap o Td) —5 dosis**
  Solo se necesitan 4 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después.
  Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 7 años o después.
- ☐ **Polio (OPV o IPV)—4 dosis**
  Solo se necesitan 3 dosis si una se aplicó al cumplir los 4 años o después. Las dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV) administradas a partir del 1 de abril de 2016 no cuentan.
- ☐ **Hepatitis B—3 dosis**
- ☐ **Sarampión, paperas y rubéola (MMR)—2 dosis**
  Ambas dosis deben haberse aplicado al cumplir el 1er año o después.
- ☐ **Varicela—2 dosis**

Los alumnos nuevos y de traslado que ingresan a los grados TK/K-12 necesitan:

- ☐ **Todas las vacunas mencionadas anteriormente.**
  Para estudiantes de 7º a 12º grado: se requiere al menos 1 dosis de una vacuna que proteja contra la pertusis (tosferina) al cumplir los 7 años o después. Se requiere la vacuna contra la hepatitis B para cualquier grado, excepto para ingresar al 7º grado.

Los alumnos que ingresan al 7º grado necesitan:

- ☐ **Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) —1 dosis**

¿Sobre cuáles otras vacunas debería preguntarle a mi proveedor de atención médica?

Cuando visite a su proveedor de atención médica para que su hijo se vacune para el regreso a clases, asegúrese de preguntar sobre las demás vacunas que necesita su hijo para mantenerse sano, incluyendo la vacuna contra la **hepatitis A, la vacuna contra el COVID-19 y la vacuna anual contra la influenza (gripe).** Los preadolescentes y adolescentes también necesitan **las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH)** para protegerlos contra ciertos tipos de cáncer y **las vacunas contra la enfermedad meningocócica**. Obtenga más información **sobre las vacunas que su hijo necesita** y **dónde vacunarse** en **GetImmunizedCA.org**.

County of Los Angeles Public Health
Tuberculosis Control Program

Pediatric Tuberculosis (TB) Risk Assessment

This tool is used to identify asymptomatic **children** for latent TB infection (LTBI) testing.

Check appropriate risk factor boxes below based on patient response.
Refer to pediatrician for LTBI testing (skin or blood test), if any of the 3 boxes below are checked.
If a LTBI test result is positive, and active TB disease is ruled out, LTBI treatment is recommended.

☐ **Birth, travel, or residence** in a country with an elevated TB rate for at least 1 month

- Includes any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe
- If resources require prioritization within this group, prioritize patients with at least one medical risk for progression (see the California Adult Tuberculosis Risk Assessment User Guide for this list).
- Interferon Gamma Release Assay is preferred over Tuberculin Skin Test for non-US born persons ≥2 years old

☐ **Immunosuppression,** current or planned

- HIV infection, organ transplant recipient, treated with TNF-alpha antagonist (e.g., infliximab, etanercept, others), steroids (equivalent of prednisone ≥2 mg/kg/day, or ≥15 mg/day for ≥2 weeks) or other immunosuppressive medication

☐ **Close contact** to someone with infectious TB disease at any time

- The Centers for Disease Control and Prevention indicates that the investigation of contacts and treatment of infected contacts is an important component of the U.S. strategy for TB elimination.

- Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last risk assessment.
  If initial negative screening test occurred prior to 6 months of age, repeat testing should occur at age 6 months or older.
- For children with TB symptoms or abnormal chest x-ray consistent with active TB disease →Evaluate for active TB disease *with a chest x- ray, symptom screen, and if indicated, sputum AFB smears, cultures and nucleic acid amplification testing.*
- *A negative tuberculin skin test or interferon gamma release assay does not rule out active TB disease.*
- Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.

See the **Pediatric TB Risk Assessment User Guide** below for more detailed information about this tool.

Provider: _____

Assessment Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

(Place sticker here if applicable)

For the most current version, go to the PEDIATRIC TB RISK ASSESSMENT at: http://publichealth.lacounty.gov/tb/TBTesting.htm

Tuberculosis Clearance Form

This satisfies requirements in the California Education Code, and the California Health and Safety Code.

Certificate of Completion of Tuberculosis Risk Assessment and/or Examination

Date of TB risk assessment and/or examination:_____month/____day/_____year

First and Last Name of the patient assessed and/or examined: _____

Date of Birth:_____month/____day/_____year

The patient named above has submitted to a pediatric tuberculosis risk assessment. The patient does not have risk factors, or if tuberculosis risk factors were identified, the patient has had a TB skin test (TST) or TB blood test (IGRA), and chest x-ray (CXR) if indicated, and upon exam determined to be free of infectious tuberculosis. The patient is cleared to attend school.

Please print, place label or stamp with Health Care Provider information below:

_____

Name of Health Care Provider Completing the TB Risk Assessment and/or Examination

_____

Health Care Provider Signature

_____

Facility Name and Address

In order to protect the privacy of individuals, all information regarding this assessment is considered confidential. The facility and the Los Angeles County Department of Public Health cannot release the name(s) of any ill person(s).

County of Los Angeles Public Health
Tuberculosis Control Program

Evaluación del Riesgo de Tuberculosis (TB) Pediátrica

Esta herramienta se utiliza para identificar a los niños asintomáticos para la prueba de infección de tuberculosis latente (LTBI).

Marque las casillas de factores de riesgo correspondientes a continuación según la respuesta del paciente. Consulte al pediatra para que le haga una prueba de LTBI (análisis de piel o de sangre), si alguna de las 3 casillas a continuación está marcada. Si el resultado de la prueba de LTBI es positivo y se descarta la enfermedad de tuberculosis activa, se recomienda el tratamiento con LTBI

☐ **Nacimiento, viaje o residencia** en un país con una tasa elevada de tuberculosis durante al menos 1 mes

- Incluye cualquier país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país de Europa occidental o septentrional.
- Si los recursos requieren priorización dentro de este grupo, priorice a los pacientes con al menos un riesgo médico de progresión (consulte la Guía del usuario de evaluación del riesgo de tuberculosis en adultos de California para obtener esta lista).
- El ensayo de liberación de interferón gamma es preferible a la prueba cutánea de tuberculina para personas no nacidas en EE. UU. ≥2 años

☐ **Inmunosupresión,** actual o planificada

- Infección por VIH, receptor de trasplante de órganos, tratado con antagonista del TNF-alfa (p. ej., infliximab, etanercept, otros), esteroides (equivalente a prednisona ≥2 mg/kg/día, o ≥15 mg/día durante ≥2 semanas) u otros medicamentos inmunosupresores

☐ **Contacto cercano** con alguien con enfermedad de tuberculosis infecciosa en cualquier momento

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades indican que la investigación de los contactos y el tratamiento de los contactos infectados es un componente importante de la estrategia de los Estados Unidos para la eliminación de la tuberculosis.

- La repetición de la prueba solo debe realizarse en personas que previamente dieron negativo y tienen nuevos factores de riesgo desde la última evaluación de riesgos.
- Si la prueba de detección inicial negativa ocurrió antes de los 6 meses de edad, la prueba repetida debe realizarse a los 6 meses o más.
- Para niños con síntomas de tuberculosis o radiografía de tórax anormal compatible con enfermedad de tuberculosis activa Evaluar la enfermedad de tuberculosis activa
- con una radiografía de tórax, detección de síntomas y, si está indicado, frotis de AFB de esputo, cultivos y pruebas de amplificación de ácidos nucleicos.
- Una prueba cutánea de tuberculina negativa o un ensayo de liberación de interferón gamma no descartan la enfermedad de tuberculosis activa.
- No trate la LTBI hasta que se haya excluido la enfermedad de tuberculosis activa.

Consulte la **Guía del Usuario de Evaluación del RIesgo de Tuberculosis Pediátrica** a continuación para obtener información más detallada sobre esta herramienta.

Proveedor: _____

Fecha de evaluación: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

(Coloque la pegatina aquí si corresponde)

Para obtener la versión más actualizada, vaya a la EVALUACIÓN DE RIESGO DE TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA en

Formulario de Autorización de Tuberculosis

Esto satisface los requisitos del Código de Educación de California y el Código de Salud y Seguridad de California.

Certificado de finalización de la evaluación y/o examen del riesgo de tuberculosis

Fecha de la evaluación y/o examen del riesgo de tuberculosis:_____mes/_____día/____año

Nombre y apellido del paciente evaluado y/o examinado: _____

Fecha de nacimiento:_____mes/_____día/____año

El paciente mencionado anteriormente se sometió a una evaluación de riesgo de tuberculosis pediátrica. El paciente no tiene factores de riesgo, o si se identificaron factores de riesgo de tuberculosis, el paciente se ha sometido a una prueba cutánea de tuberculosis (TST) o un análisis de sangre de TB (IGRA) y una radiografía de tórax (RT) si está indicado, y tras el examen se determinó que está libre de tuberculosis infecciosa. El paciente está autorizado para asistir a la escuela.

Imprima, coloque la etiqueta o el sello con la información del proveedor de atención médica a continuación:

_____

Nombre del proveedor de atención médica que completa la evaluación y/o examen del riesgo de tuberculosis

_____

Firma del proveedor de atención médica

_____

Nombre y dirección de la instalación

Con el fin de proteger la privacidad de las personas, toda la información relacionada con esta evaluación se considera confidencial. La instalación y el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles no pueden divulgar los nombres de ninguna persona enferma.

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

ORAL HEALTH NOTIFICATION LETTER

Dear Parent or Guardian:

To make sure your child is ready for school, California law, *Education Code* Section 49452.8, now requires that your child have an oral health assessment (dental check-up) by May 31 in either kindergarten or first grade, whichever is his or her first year in public school. Assessments that have happened within the 12 months before your child enters school also meet this requirement. The law specifies that the assessment must be done by a licensed dentist or other licensed or registered dental health professional.

Take the attached Oral Health Assessment/Waiver Request form to the dental office, as it will be needed for your child's check-up. If you cannot take your child for this required assessment, please indicate the reason for this in Section 3 of the form. You can get more copies of the necessary form at your child's school or online from the California Department of Education's Web site at http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn/. California law requires schools to maintain the privacy of students' health information. Your child's identity will not be associated with any report produced as a result of this requirement.

The following resources will help you find a dentist and complete this requirement for your child:

1. Medi-Cal/Denti-Cal's toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. For help enrolling your child in Medi-Cal/Denti-Cal, contact your local social service agency at (fill in appropriate local contact information, available at http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral.)

2. Healthy Families' toll-free number or Web site can help you to find a dentist who takes Healthy Families insurance or to find out if your child can enroll in the program: 1-800-880-5305 or http://www.benefitscal.com/.

3. For additional resources that may be helpful, contact your local public health department at (fill in appropriate local contact information, available at http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx).

Remember, your child is not healthy and ready for school if he or she has poor dental health! Here is important advice to help your child stay healthy:

- Take your child to the dentist twice a year.
- Choose healthy foods for the entire family. Fresh foods are usually the healthiest foods.
- Brush teeth at least twice a day with toothpaste that contains fluoride.

- Limit candy and sweet drinks, such as punch or soda. Sweet drinks and candy contain a lot of sugar, which causes cavities and replaces important nutrients in your child's diet. Sweet drinks and candy also contribute to weight problems, which may lead to other diseases, such as diabetes. The less candy and sweet drinks, the better!

Baby teeth are very important. They are not just teeth that will fall out. Children need their teeth to eat properly, talk, smile, and feel good about themselves. Children with cavities may have difficulty eating, stop smiling, and have problems paying attention and learning at school. Tooth decay is an infection that does not heal and can be painful if left without treatment. If cavities are not treated, children can become sick enough to require emergency room treatment, and their adult teeth may be permanently damaged.

Many things influence a child's progress and success in school, including health. Children must be healthy to learn, and children with cavities are not healthy. Cavities are preventable, but they affect more children than any other chronic disease.

If you have questions about the new oral health assessment requirement, please contact the Student Support Services office at (626) 312-2900 or email at registration@rosemead.k12.ca.us.

Sincerely,

Hoori Chalian

Hoori Chalian
Coordinator
Special Education & Student Support Services

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

CARTA DE NOTIFICACIÓN DE SAL UD BUCAL

Estimados padres o tutores:

Para asegurarse de que su hijo esté listo para la escuela, el estado de California, de acuerdo a la Sección 49452.8 del Código de Educación de la Ley estatal, ahora requiere un chequeo dental para su hijo antes del 31 de mayo en el caso de que curse su primer año en una escuela pública, ya sea primer año o kindergarten. Los chequeos dentales que se hayan realizado dentro del período de 12 meses previo al inicio del año escolar también son válidos. La ley especifica que la evaluación debe ser realizada por un profesional de salud dental registrado o con licencia.

Lleve la forma aquí incluida (Oral Health Assessment/Waiver Request) al consultorio dental, ya que será necesaria para la evaluación del niño. Si no puede llevar a su hijo a un chequeo dental, por favor indique la razón en la Sección 3 de esa forma. Puede obtener más copias de la forma en la escuela de su hijo en la página Web del Departamento de Educación de California http://www.cde.ca.gov/ls/he/hn. La ley de California requiere que las escuelas mantengan la privacidad de la información de salud de sus estudiantes. La identidad de su hijo no estará señalada en ningún reporte que sea producto de este requisito.

Estos son algunos recursos para ayudarle a encontrar un dentista y completar este requisito para su hijo:

1. Medi-Cal/Denti-Cal, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte Denti-Cal: 1-800-322-6384; http://www.denti-cal.ca.gov. Para registrar a su hijo en Medi-Cal/Denti-Cal, contacte a la agencia local de servicios sociales en <schools or districts should fill in local contact information--available at http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Bene.jsp?fname=ProvReferral.>

2. Healthy Families, su número telefónico gratuito y su página Web pueden ayudarle a encontrar a un dentista que acepte el seguro Healthy Families o para registrar a su hijo en el programa llame a: 1-800-880-5305 o visite la página http://www.benefitscal.com/.

3. Para recursos adicionales que puedan ser de ayuda, contacte el departamento local de salud pública en <schools or districts should fill in local contact information--available at http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx.>

¡Recuerde, su hijo no está saludable ni listo para la escuela si tiene una mala salud dental! Aquí hay algunos consejos importantes para ayudar a que su hijo se mantenga saludable:

- Lleve a sus hijos al dentista dos veces al año.

- Escoja alimentos saludables para toda la familia. Los alimentos frescos son normalmente los más saludables.

- Haga que sus hijos se cepillen los dientes por lo menos dos veces al día con una pasta de dientes que contenga fluoruro.

- Limite las sodas y los dulces. Las sodas y los dulces contienen mucho azúcar, que causa las caries y remplaza importantes nutrientes en la dieta de sus hijos. Las sodas y los dulces también contribuyen a los problemas de peso, que pueden dar pie a otras enfermedades, como la diabetes. ¡Entre menos dulces y sodas, mejor!

Los dientes de leche son muy importantes. No se trata sólo de dientes que eventualmente se caerán. Los niños necesitan esos dientes para comer de manera apropiada, hablar, sonreír y para sentirse bien con ellos mismos. Los niños que tienen caries pueden tener dificultades para comer, pueden dejar de sonreír y dejar de poner atención y de aprender en la escuela. El deterioro dental es una infección que no sana y que puede ser dolorosa cuando se deja sin tratamiento. Si las caries no son atendidas, los niños pueden enfermarse al grado de requerir atención médica de emergencia y sus dientes adultos pueden presentar un daño permanente.

Hay muchas cosas que influyen en el progreso y éxito de los niños en la escuela, entre ellas está la salud. Los niños deben de estar saludables para aprender y los niños con caries no son niños saludables. ¡Las caries son prevenibles, pero afectan a los niños en mayor medida que cualquier otra enfermedad crónica!

Si tiene preguntas sobre el nuevo requisito de evaluación de salud bucal, comuníquese con la oficina de Servicios de Apoyo Estudiantil al (626) 312-2900 o envíe un correo electrónico a registration@rosemead.k12.ca.us.

Sinceramente,

Hoori Chalian

Hoori Chalian
Coordinadora
Educación Especial y Servicios de Apoyo Estudiantil

Oral Health Assessment Form

California law (*Education Code* Section 49452.8) says every child must have a dental check-up (assessment) by May 31st of his/her first year in public school. A California licensed dental professional must do the check-up and fill out Section 2 of this form. If your child had a dental check-up in the last 12 months, ask your dentist to fill out Section 2. If you are unable to get a dental check-up for your child, fill out the separate Waiver of Oral Health Assessment Requirement Form.

This assessment will let you know if there are any dental problems that need attention by a dentist. This assessment will also be used to evaluate our oral health programs. Children need good oral health to speak with confidence, express themselves, be healthy and, ready to learn. Poor oral health has been related to lower school performance, poor social relationships, and less success later in life. For this reason, we thank you for making this contribution to the health and well-being of California's children.

Section 1: Child's Information (Filled out by parent or guardian)

Child's First Name:	Last Name:	Middle Initial:	Child's Birth Date: MM – DD – YYYY
Address:			Apt.:
City:			ZIP Code:
School Name:	Teacher:	Grade:	Year child starts kindergarten: Y Y Y Y
Parent/Guardian First Name:	Parent/Guardian Last Name:		Child's Gender: ☐ Male ☐ Female

Child's Race/Ethnicity:	☐ White	☐ Native American
	☐ Black/African American	☐ Multi-racial
	☐ Hispanic/Latino	☐ Native Hawaiian/Pacific Islander
	☐ Asian	☐ Unknown
	☐ Other (please specify)	

Continued on Next Page

Section 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

IMPORTANT NOTE: Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date: MM – DD – YYYY	Untreated Decay (Visible Decay Present) ☐Yes ☐No	*Caries Experience (Visible decay and/or fillings present) ☐Yes ☐No

Treatment Urgency:

☐ **No obvious problem found**

☐ **Early dental care recommended** (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation)

☐ **Urgent care needed** (pain, infection, swelling or soft tissue lesions)

Licensed Dental Professional Signature	***CA License Number***	MM – DD – YYYY ***Date***

*Check "Yes" for Caries experience if there is presence of untreated decay or fillings
Check "No" for Caries experience if there is no untreated decay and no fillings

Section 3: Follow-up to Urgent Care (Filled out by entity responsible for follow up)

Parent notified that child has urgent dental care need on:	MM – DD – YYYY
A follow-up appointment for this child has been scheduled for:	MM – DD – YYYY
Did child receive needed treatment?	☐ **Yes** ☐ **No** (If no, entity responsible for follow-up will be encouraged to check back in with parent) ☐ **I don't know**

The law states schools must keep student health information private. Your child's name will not be part of any report as a result of this law. This information may only be used for purposes related to your child's health. If you have questions, please call your school.

Return this form to the school *no later than* May 31st of your child's first school year.

Original to be kept in child's school record.

Formulario de Evaluación de la Salud Bucal

La ley de California (*Sección 49452.8 del Código de Educación*) dice que todos los niños deben someterse a un chequeo dental (evaluación) antes del 31 de mayo de su primer año en la escuela pública. Un profesional dental con licencia de California debe hacer el chequeo y completar la Sección 2 de este formulario. Si su hijo se sometió a un chequeo dental en los últimos 12 meses, pídale a su dentista que complete la Sección 2. Si no puede obtener un chequeo dental para su hijo, llene el Formulario de Exención de Requisito de Evaluación de Salud Bucal por separado.

Esta evaluación le permitirá saber si hay algún problema dental que necesite atención por parte de un dentista. Esta evaluación también se utilizará para evaluar nuestros programas de salud bucal. Los niños necesitan una buena salud bucal para hablar con confianza, expresarse, estar sanos y listos para aprender. La mala salud bucal se ha relacionado con un menor rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito más adelante en la vida. Por esta razón, le agradecemos por hacer esta contribución a la salud y el bienestar de los niños de California.

Sección 1: Información del niño (completada por el padre o tutor)

Nombre del niño:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento del niño: MM – DD – YYYY
Dirección:			Apartamento:
Ciudad:			Código postal:
Nombre de la escuela:	Maestro:	Grado:	Año en que el niño comienza el jardín de infantes: Y Y Y Y
Nombre del Padre/Tutor:	Apellido del Padre/Tutor:		Sexo del niño: ☐ Masculino ☐ Hembra

Raza/etnia del niño:	☐ Blanco	☐ Indio
	☐ Negro/Afroamericano	☐ Multirracial
	☐ Hispano/Latino	☐ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
	☐ Asiático	☐ Desconocido
	☐ Otros (especifique)	

Continúa en la página siguiente

Sección 2: Recopilación de datos de salud bucal (completados por un profesional dental con licencia de California)

NOTA IMPORTANTE: Considere cada caja por separado. Marque cada casilla.

Fecha de evaluación: MM – DD – YYYY	Caries no tratadas (Deterioro visible presente) ☐ Sí ☐No	* Experiencia Caries (Caries visibles y/o empastes presentes) ☐ Sí ☐No

Treatment Urgency:

☐ **No se ha encontrado ningún problema obvio**

☐ **Se recomienda el cuidado dental temprano** (caries sin dolor ni infección; o el niño beneficiarse de los selladores o de una

☐ **Se necesita atención de urgencia** (dolor, infección, hinchazón o lesión de tejidos blandos)

_____	_____	MM – DD – YYYY _____
Firma de Profesional Dental Licenciado	***Número de licencia de CA***	***Fecha***

***** Marque "Sí" para la experiencia de caries si hay presencia de caries o empastes no tratados
Marque "No" para la experiencia de caries si no hay caries sin tratar y no hay empastes

Sección 3: Seguimiento a la atención de urgencia (Llenado por la entidad responsable del seguimiento)

El padre notificado de que el niño tiene una necesidad urgente de atención dental en: MM – DD – YYYY
Se ha programado una cita de seguimiento para este niño para: MM – DD – YYYY
Recibió el niño el tratamiento necesario? ☐ **Sí** ☐ **No** (En caso negativo, la entidad responsible del seguimiento será se le anima a volver a consultar con los padres) ☐ **No sé**

La ley establece que las escuelas deben mantener la privacidad de la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo no formará parte de ningún informe como resultado de esta ley. Esta información solo se puede utilizar para fines relacionados con la salud de su hijo. Si tiene preguntas, llame a su escuela

Devuelva este formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo del primer año escolar de su hijo.

Original que se guardará en el registro escolar del niño.

REPORT OF HEALTH EXAMINATION FOR SCHOOL ENTRY

To protect the health of children, California law requires a health examination on school entry. Please have this report filled out by a health examiner and return it to the school. The school will keep and maintain it as confidential information.

PART I TO BE FILLED OUT BY A PARENT OR GUARDIAN

CHILD'S NAME—Last	First	Middle	BIRTH DATE—Month/Day/Year

ADDRESS—Number, Street	City	ZIP code	SCHOOL

PART II TO BE FILLED OUT BY HEALTH EXAMINER

HEALTH EXAMINATION

NOTE: All tests and evaluations except the blood lead test must be done after the child is 4 years and 3 months of age.

REQUIRED TESTS/EVALUATIONS	DATE (mm/dd/yy)
Health History	_____/_____/_____
Physical Examination	_____/_____/_____
Dental Assessment	_____/_____/_____
Nutritional Assessment	_____/_____/_____
Developmental Assessment	_____/_____/_____
Vision Screening	_____/_____/_____
Audiometric (hearing) Screening	_____/_____/_____
TB Risk Assessment and Test, if indicated	_____/_____/_____
Blood Test (for anemia)	_____/_____/_____
Urine Test	_____/_____/_____
Blood Lead Test	_____/_____/_____
Other	_____/_____/_____

IMMUNIZATION RECORD

Note to Examiner: Please give the family a completed or updated yellow California Immunization Record.
Note to School: Please record immunization dates on the blue California School Immunization Record (PM 286).

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	First	Second	Third	Fourth	Fifth
POLIO (OPV or IPV)					
DtaP/DTP/DT/Td (diphtheria, tetanus, and [acellular] pertussis) OR (tetanus and diphtheria only)					
MMR (measles, mumps, and rubella)					
HIB MENINGITIS (Haemophilus Influenzae B) (Required for child care/preschool only)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Chickenpox)					
OTHER (e.g., TB Test, if indicated)					
OTHER					

PART III ADDITIONAL INFORMATION FROM HEALTH EXAMINER *(optional)* *and* RELEASE OF HEALTH INFORMATION BY PARENT OR GUARDIAN

RESULTS AND RECOMMENDATIONS

Fill out if patient or guardian has signed the release of health information.

☐ Examination shows no condition of concern to school program activities.

☐ Conditions found in the examination or after further evaluation that are of importance to schooling or physical activity are: *(please explain)*

I give permission for the health examiner to share the additional information about the health check-up with the school as explained in Part III.

☐ Please check this box if you ***do not*** want the health examiner to fill out Part III.

Signature of parent or guardian — Date

Name, address, and telephone number of health examiner

Signature of health examiner — Date

If your child is unable to get the school health check-up, call the Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program in your local health department. If you do not want your child to have a health check-up, you may sign the waiver form (PM 171 B) found at your child's school.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pidale al examinador de salud que llene este informe y entregelo a la escuela—este informe sera archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

DOMICILIO—Número y Calle	Ciudad	Zona Postal	Escuela

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD

AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/dd/aa)
Historia de Salud	/ /
Examen Físico	/ /
Evaluación de Dientes	/ /
Evaluación de Nutrición	/ /
Evaluación del Desarrollo	/ /
Pruebas Visuales	/ /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ /
Evaluacion de Riesgo y prueba Tuberculosis*	/ /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ /
Análisis de Orina	/ /
Análisis de Sangre para el plomo	/ /
Otra	/ /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Quarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTP/DT/Td (difteria, tétano y [acellular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hemófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELLA (Viruelas locas)					
OTRA (e.g. prueba TB, de ser indicado)					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD *(optional)* *y* PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

☐ El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.

☐ Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

***de ser indicado**

Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

☐ Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián — Fecha

Firma del examinador de salud — Fecha

Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jovenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).

CHDP website: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Rosemead School District
Special Education & Student Support Services
3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770

☎ (626) 312-2900
🖷 (626) 312-2913
🌐 www.rosemead.k12.ca.us

Health Centers (Public/Private/Free) for Physical Exams & Immunizations & Other Needs for School

*** Call ahead to all providers for further details regarding services. Clinic hours and eligibility are subject to change ***

Community Health Alliance of Pasadena – Lincoln
2055 Lincoln Ave., Pasadena, CA 91103 (626) 398-6300. **Appointment needed please contact the center**. Site Hours: Monday through Friday, 8:00am to 5:00pm; Saturday, 9:00am to 1:00pm. Website: www.chapcare.org Services: Immunizations, Physical exams and Dental Care.

East Valley Community Health Center / various locations in LA county
4368 Santa Anita Ave., El Monte, CA 91731 (855) 535-5545 Website: https://www.evchc.org/ **Appointment preferred, but walk-ins accepted.** Open Mon, Wed, Fri 9:00am-5pm and Tues, Thurs 1:00pm-7:00pm. The clinic helps you with enrollment with different programs to qualify for free or low-cost vaccines (*no inquiries on immigration status. No insurance necessary.)

Monrovia Public Health Center (a Los Angeles County Public Health Center)
330 Maple Ave., Monrovia, CA 91016 (626) 256-1600
A public health center primarily used for the services of free immunizations and TB test. Call for hours of service. Parent must bring child's vaccine record. Vaccines offered by appointment only, on Tuesdays only from 8am-10:30am and 12:30-3:30 pm please call to schedule appointment.

Tzu Chi Buddhist Clinic
1000 S. Garfield Ave., Alhambra, CA 91801 (626) 281-3383
This is a free clinic (adult and child), dental clinic, and Vaccinations. Eligibility is income based, Offers CHDP exams and free immunizations for children. Tuesdays only from 1:15pm-5pm appointment needed. Languages spoken: English, Spanish, Cantonese, Mandarin and Vietnamese.

AltaMed Health Services
10454 Valley Blvd. #B, El Monte, CA 91731 (626) 453-8466
Sliding Scale based income, qualifying applicants can apply for CHDP a state-run program to help children obtain free or low-cost Physicals and Immunizations the clinic assists in determining eligibility. Also takes most insurance plans. Appointments needed.

Chinatown Service Center (CSC) Health Center
320 S. Garfield Ave. #118, Alhambra, CA 91801 (213) 808-1700
This center offers Free and low-cost Health programs for low-income individuals with no insurance. Monday-Friday from 8:30am- 5:00pm. Appointments needed Languages spoken: English, Spanish, Chinese, Vietnamese. The Clinic offers health exams (adult and Pediatric) Vaccinations, TB test, dental care and Behavioral health.

Herald Christian Health Center
923 S. San Gabriel Blvd., San Gabriel, CA 91776 (626) 286-8700
The Clinic is mandated to serve the community (all ethnicities, faiths) The clinic will assist in determining eligibility for CHDP program for free/low-cost exams and vaccines. **Appointments preferred, but not required walk-in's accepted.**

Rosemead School District
Special Education & Student Support Services
3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770

☎ (626) 312-2900
🖷 (626) 312-2913
🌐 www.rosemead.k12.ca.us

Centros de Salud (Públicos/Privados/Gratuitos) Para Exámenes Físicos e Inmunizaciones y Otras Necesidades Para la Escuela

*** Llame con anticipación a todos los proveedores para obtener más detalles sobre los servicios. El horario de la clínica y la elegibilidad están sujetos a cambios. ***

Community Health Alliance of Pasadena – Lincoln
2055 Lincoln Ave., Pasadena, CA 91103 (626) 398-6300. **Cita necesaria por favor póngase en contacto con el centro.** Horario del sitio: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.; Sábado, 9:00am a 1:00pm. Sitio web: www.chapcare.org Servicios: Inmunizaciones, exámenes físicos y atención dental.

East Valley Community Health Center/varias ubicaciones en el condado de Los Ángeles 4368 Santa Anita Ave., El Monte CA 91731 (855) 535-5545 Sitio web: https://www.evchc.org/ **Se prefiere cita, pero se aceptan visitas sin cita previa.** Abierto lunes, miércoles, viernes de 9:00 a.m. a 5 p.m. y martes de 1:00 p.m. a 7:00 p.m. La clínica lo ayuda con la inscripción en diferentes programas para calificar para vacunas gratuitas o de bajo costo (*no hay consultas sobre el estado migratorio. No se necesita seguro).

Monrovia Public Health Center (un Centro de Salud Pública del Condado de Los Ángeles) 330 Maple Ave., Monrovia, CA 91016 (626) 256-1600
Un centro de salud pública utilizado principalmente para los servicios de inmunizaciones gratuitas y pruebas de tuberculosis. Llame para conocer las horas de servicio. Los padres deben traer el registro de vacunas del niño. Las vacunas se ofrecen solo con cita previa, los martes solo de 8 a.m. a 10:30 a.m. y de 12:30 a 3:30 p.m., llame para programar una cita.

Tzu Chi Buddhist Clinic
1000 S. Garfield Ave., Alhambra, CA 91801 (626) 281-3383
Esta es una clínica gratuita (adulto y niño), clínica dental y vacunas. La elegibilidad se basa en los ingresos, ofrece exámenes CHDP y vacunas gratuitas para niños. Los martes solo de 1:15 p.m. a 5 p.m. se necesita cita. Idiomas hablados: inglés, español, cantonés, mandarín y vietnamita.

AltaMed Health Services
10454 Valley Blvd. #B, El Monte, CA 91731 (626) 453-8466
Los solicitantes calificados pueden solicitar CHDP, un programa estatal para ayudar a los niños a obtener exámenes físicos e inmunizaciones gratuitos o de bajo costo que la clínica ayuda a determinar la elegibilidad. También toma la mayoría de los planes de seguro. Se necesitan citas.

Chinatown Service Center (CSC) Health Center
320 S. Garfield Ave. #118, Alhambra, CA 91801 (213) 808-1700
Este centro ofrece programas de salud gratuitos y de bajo costo para personas de bajos ingresos sin seguro. Lunes - Viernes de 8:30am- 5:00pm. Citas necesarias Idiomas hablados: inglés, español, chino, vietnamita. La clínica ofrece exámenes de salud (adultos y pediátricos) vacunas, prueba de tuberculosis, atención dental y salud conductual.

Herald Christian Health Center
923 S. San Gabriel Blvd., San Gabriel, CA 91776 (626) 286-8700
La clínica tiene el mandato de servir a la comunidad (todas las etnias, religiones) La clínica ayudará a determinar la elegibilidad para el programa CHDP para exámenes y vacunas gratuitos / de bajo costo. **Se prefieren citas, pero no se requieren citas sin cita previa.**

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

BEFORE SCHOOL CARE AND AFTERSCHOOL PROGRAMS

Before School Care

The Rosemead School District offers before-school care at all elementary school sites, beginning at 7:00 a.m. This program is available for a quarterly fee. Parents may enroll their child in before-school care starting **July 1, 2026**. Detailed enrollment information will be available on the Rosemead School District website.

Late Start Days

Late Start Days are provided at all Rosemead School District campuses, with **18 Late Start Days** scheduled throughout the year. This program is offered at no cost to families, but students must be enrolled to participate.

Parents can enroll their children during the district's Welcome Back to School Fairs or by accessing the enrollment link on the Rosemead School District website.

After School Programs

ASES (After School Education and Safety Program)
The ASES Program operates at **Encinita Elementary, Janson Elementary, Muscatel Middle, Savannah Elementary, & Shuey Elementary** and is provided at no cost to families. Students must attend the full program daily, which runs until **6:00 p.m.**

Participants benefit from:

- Homework assistance
- Enrichment activities
- Structured physical activities
- A healthy light supper

Enrollment Process:

- **Enrollment Information Release:** April 27, 2026
- **Enrollment Period:** May 11 – May 22, 2026

Information on how to enroll will be distributed to school sites and will also be available on the Rosemead School District website starting **April 27, 2026**.

For more details and updates, please visit the Rosemead School District, Child Development Department website: https://www.rosemead.k12.ca.us/domain/41 or call (626) 312-2900.

Sincerely,

Deborah Lawrence

Deborah Lawrence
Coordinator
Child Development Department

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

CUIDADO ANTES DE LA ESCUELA Y PROGRAMAS DESPUÉS DE LA ESCUELA

Cuidado antes de la escuela
El Distrito Escolar de Rosemead ofrece cuidado antes de la escuela en todas las escuelas primarias, a partir de las 7:00 a.m. Este programa está disponible por una tarifa trimestral. Los padres pueden inscribir a su hijo en cuidado antes de la escuela a partir del **1 de julio de 2026**. La información detallada sobre la inscripción estará disponible en el sitio web del Distrito Escolar de Rosemead.

Días de inicio tardío
Se proporcionan días de inicio tardío en todas las escuelas del Distrito Escolar de Rosemead, con **18 días de inicio tardío** programados durante todo el año. Este programa se ofrece sin costo para las familias, pero los estudiantes deben estar inscritos para participar.

Los padres pueden inscribir a sus hijos durante las Ferias de Bienvenida al Regreso a la Escuela del distrito o accediendo al enlace de inscripción en el sitio web del Distrito Escolar de Rosemead.

Programas después de la escuela
ASES (Programa de Educación y Seguridad Después de la Escuela)
El programa ASES opera en las escuelas primarias **Encinita, Janson, Muscatel Middle, Savannah y Shuey** y se proporciona sin costo alguno para las familias. Los estudiantes deben asistir al programa completo todos los días, que se extiende hasta las **6:00 p.m.**

Los participantes se benefician de:
- Asistencia con las tareas
- Actividades de enriquecimiento
- Actividades físicas estructuradas
- Una cena ligera y saludable

Proceso de inscripción:
- **Publicación de información de inscripción**: 27 de abril de 2026
- **Período de inscripción**: 11 de mayo – 22 de mayo de 2026

La información sobre cómo inscribirse se distribuirá a las escuelas y también estará disponible en el sitio web del Distrito Escolar de Rosemead a partir del **27 de abril de 2026**.

Para obtener más detalles y actualizaciones, visite el sitio web del Departamento de Desarrollo Infantil del Distrito Escolar de Rosemead: https://www.rosemead.k12.ca.us/domain/41 o llame al (626) 312-2900.

Sinceramente,
Deborah Lawrence
Deborah Lawrence
Coordinador
Departamento de Desarrollo Infantil

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

INTRA-DISTRICT TRANSFER GUIDELINES

An Intra-District transfer may be granted for a student to attend a school in the Rosemead School District (RSD) other than the RSD School of Residence. However, you must enroll at your school of residence until class sizes are determined.

The Intra-District transfer request period is open all year long, starting on February 1st for the next school year. Transfers may be issued at any time for the school year. The application can be downloaded from this website: https://www.rosemead.k12.ca.us/Page/824

Information regarding the specific reasons may be obtained from Special Education & Student Support Services at (626) 312-2900 or registration@rosemead.k12.ca.us.

POLICY

- Permits do not carry transportation privileges.
- Parents are expected to ensure your student is on time and in school for the full school day every day.

APPLICATION INSTRUCTIONS

1. An RSD inter-district permit application must be completed on-line. Paper applications will not be accepted. You can submit a request by visiting our website at: https://www.rosemead.k12.ca.us/Page/824
2. You must enroll at your school of residence until it's been determined there is space available at the requested school.
3. Upon administrative approval at the requested school, you will receive an email confirmation.

ADDITIONAL INFORMATION

Students Must:

- Maintain satisfactory school attendance/report to school/class on-time every day.
- Make continuous progress toward grade level standards (elementary) and/or maintain a minimum 2.0 GPA with no D or F grades (secondary).
- Seek help from teachers and counselors and attend tutoring when having academic difficulties or in danger of receiving a grade of *D* or *F* (Secondary).
- Comply with all classroom and school rules and policies.
- Demonstrate appropriate citizenship and behavior in the classroom and on campus - no Report Card with multiple "1s" for Skills for Success on Achievement Report (elementary) or multiple "Unsatisfactory" citizenship grades (secondary).
- 6. Comply with all conditions of the RSD Discipline Policy (parent/guardian signature on file).

Parent Must:

- Provide adequate transportation so the student can maintain satisfactory school attendance/report to class on time and is picked up from school on time.

- Ensure that your student attends school.
- Call the Attendance Office before 9:30 a.m. on the day of the absence to inform the school of the reason for the absence--or provide a note explaining the reason for the absence on the day of the return.
- Excuse a student only for valid reasons. Requests for absence other than for illness or emergencies are strongly discouraged. Parents should plan family vacations during regular school vacation times.
- Provide a time and place for quiet study time for completion of homework and study assignments.
- Provide school officials with accurate and true information.
- Cooperate with school and district officials and maintain a positive working relationship.
- Attend parent conferences when requested.
- Insist your student complies with the school dress code.

PERMIT CANCELLATION

Permits may be cancelled, revoked, or denied renewal for the following reasons:

- Issued in error
- Falsified information or documentation
- Any change to the permit criteria
- Truancy
- Infractions of school rules and regulations
- Failure to make satisfactory academic progress
- The student is dropped off or picked up is beyond regular school hours including before and after school programs.

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

PAUTAS PARA TRANSFERENCIAS DENTRO DEL DISTRITO

Se puede otorgar una transferencia dentro del Distrito para que un estudiante asista a una escuela en el Distrito Escolar de Rosemead (RSD) que no sea la Escuela de Residencia de RSD. Sin embargo, debe inscribirse en su escuela de residencia hasta que se determine el tamaño de las clases.

El período de solicitud de transferencia dentro del distrito está abierto durante todo el año, a partir del 1 de febrero para el próximo año escolar. Las transferencias se pueden emitir en cualquier momento durante el año escolar. La aplicación se puede descargar desde este sitio web:
https://www.rosemead.k12.ca.us/Page/824

Se puede obtener información sobre las razones específicas de Educación Especial y Servicios de Apoyo Estudiantil al (626) 312-2900 o registration@rosemead.k12.ca.us.

POLÍTICA

- Los permisos no conllevan privilegios de transporte.
- Se espera que los padres se aseguren de que su estudiante llegue a tiempo y en la escuela durante todo el día escolar todos los días.

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

1. Se debe completar en línea una solicitud de permiso entre distritos de RSD. No se aceptarán solicitudes en papel. Puede enviar una solicitud visitando nuestro sitio web en: https://www.rosemead.k12.ca.us/Page/824
2. Debe inscribirse en su escuela de residencia hasta que se determine que hay espacio disponible en la escuela solicitada.
3. Tras la aprobación administrativa en la escuela solicitada, recibirá una confirmación por correo electrónico.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Las estudiantes deben:

- Mantener una asistencia escolar satisfactoria/presentarse a tiempo en la escuela/clase todos los días.
- Progresar continuamente hacia los estándares de nivel de grado (primaria) y/o mantener un GPA mínimo de 2.0 sin calificaciones D o F (secundaria).
- Buscar ayuda de maestros y consejeros y asistir a tutoría cuando tenga dificultades académicas o esté en peligro de recibir una calificación de D o F (Secundaria).
- Cumplir con todas las reglas y políticas del salón de clases y de la escuela.
- Demostrar civismo y comportamiento apropiados en el salón de clases y en el plantel: sin Boleta de Calificaciones con múltiples "1" para el Informe de Habilidades para el Éxito en el Logro (primaria) o múltiples calificaciones de civismo "Insatisfactorio" (secundaria).

- Cumplir con todas las condiciones de la Política Disciplinaria de RSD (firma del padre/tutor en el archivo).

Padre debe:
- Proporcionar transporte adecuado para que el estudiante pueda mantener una asistencia escolar satisfactoria/presentarse en clase a tiempo y ser recogido de la escuela a tiempo.
- Asegúrese de que su estudiante asista a la escuela.
- Llame a la Oficina de asistencia antes de las 9:30 a. m. del día de la ausencia para informar a la escuela el motivo de la ausencia, o proporcione una nota que explique el motivo de la ausencia el día del regreso.
- Excusar a un estudiante solo por razones válidas. Se desaconsejan encarecidamente las solicitudes de ausencia que no sean por enfermedad o emergencia. Los padres deben planificar las vacaciones familiares durante las vacaciones escolares regulares.
- Proporcione un tiempo y lugar para un tiempo de estudio tranquilo para completar la tarea y las asignaciones de estudio.
- Proporcionar a los funcionarios escolares información precisa y verdadera.
- Cooperar con los funcionarios escolares y del distrito y mantener una relación de trabajo positiva.
- Asistir a las conferencias de padres cuando se le solicite.
- Insista en que su estudiante cumpla con el código de vestimenta de la escuela.

<u>CANCELACIÓN DE PERMISO</u>

Los permisos pueden cancelarse, revocarse o denegarse la renovación por las siguientes razones:
- Emitido por error
- Información o documentación falsificada
- Cualquier cambio en los criterios del permiso
- Absentismo escolar (es decir, ausencias injustificadas)
- Infracciones de las normas y reglamentos escolares
- No lograr un progreso académico satisfactorio
- El estudiante es dejado o recogido más allá del horario escolar regular, incluidos los programas antes y después de la escuela

Rosemead School District
Nutrition & Wellness
3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770

☎ (626) 312-2900
(626) 312-2913
www.rosemead.k12.ca.us

Universal Benefits Application
Rosemead School District

This application may qualify your child for benefits such as Summer EBT/SUN Bucks, internet access, school transportation, and more. Inquire with your child's school district to learn what benefits may be available to them. Completing this application will not impact your student's ability to receive school meals at no cost. The U.S. Department of Homeland Security and U.S. Citizenship and Immigration Services do not consider health, food, and housing services as part of the public charge determination. Therefore, submitting this application will not hurt an individual's immigration status.

Note: A non-household member may be designated as the authorized representative for application processing purposes if they have difficulty completing the application process.

Complete, sign, and return this application to: **Rosemead School District**
Nutrition & Wellness
3907 Rosemead Blvd., Suite 150
Rosemead, CA 91770

1. List **all students** living with you that are attending school using the exact spelling as listed in their school records. If the student is experiencing homelessness, indicate this by placing an "x" in the "homeless" box. Include any personal income received by the student and make an "x" in the correct box for how often it is received.

Student's Last Name	Student's First Name	MI	Homeless	Date of Birth	School	Grade	Student Income	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

If any Household Members (including yourself) currently participate in one or more of the following assistance programs, please write in a case number. If no, go to Step 3.
☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs/ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**

☐ **Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)**

Case Number: _____

2. **List the names of all other household members - Enter income (in whole dollars) and check how often it is received. If a household member does not receive income, write 0. If you enter 0 or leave the income sections blank, you are promising there is no income to report.**

Report Income: Earnings from Work (before any deductions) and Public Assistance/Child Support/Alimony

Names of all other household members (do not include students listed above)	Earnings from work (before any deductions)	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Public Assistance/ Child Support/ Alimony	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

Report Income Continued: Pensions/Retirement/Social Security (SSI) and Any Other Income Not Already Listed

Names of all other household members (Continued From Above)	Pensions/ Retirement/ Social Security (SSI)	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Any Other Income Not Already Listed	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

3. **Total Household Members** (include all people living in your household): ☐
(Total entered must equal number of household members listed above, a second application may be required if number of household members exceeds empty fields)

4. **Contact Information & Signature – Complete, sign, and return this application to above address:**
I certify (promise) that all information on this application is true, that all income is reported, and that my household does not receive Summer EBT benefits through a different State or Indian Tribal Organization (if applicable). I understand that this information is given in connection with the receipt

of federal or state benefits and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose these benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

Printed Name of Adult Household Member	**Adult Household Member Signature**	
Mailing Address	**City, State & Zip Code**	
Email Address	**Daytime Phone Number**	**Date**

5. **Children's Racial and Ethnic Identities (Optional) – We are required to ask for information about your child(ren)'s race and ethnicity. This information is important and helps make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your child(ren)'s eligibility for free & reduced-price meals or SUN Bucks.**

   Mark one or more racial identities: ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Asian ☐ Black, or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ White

   Mark one ethnic identity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Child Nutrition Eligibility: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot determine eligibility for benefits through the Richard B. Russel National School Lunch Act. The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that we use information from this application to determine who qualifies for Summer EBT benefits. We can only approve complete forms. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them deliver program benefits to your household. Inspectors and law enforcement may also use your information to make sure that program rules are met. Some children qualify for benefits without an application. Please contact your State or ITO to get benefits for a foster child, and children who are homeless, migrant, or runaway.

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the State or local Agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint web page at

https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/how-file-program-discrimination-complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,
1400 Independence Avenue
SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: (202) 690-7442; or
(3) email: program.intake@usda.gov.

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

Rosemead School District
Nutrition & Wellness

Non-Discrimination Statement: The Rosemead School District prohibits discrimination, intimidation, harassment (including sexual harassment) or bullying based on a person's actual or perceived ancestry, color, disability, ethnicity, gender, gender expression, gender identity, immigration status, marital status, national origin, parental status, pregnancy status, race, sex, sexual orientation, or association with a person or group with one or more of these actual or perceived characteristics.

School Use Only – Do Not Write Below This Line

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.
(Do not convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

If the "Homeless" box is checked, refer to the student(s) records in CALPADS to verify the homeless record(s).

If there is no record of homelessness in CALPADS, refer the household to your LEA's Homeless Liaison to verify their status.

Local Education Agency Approval: ☐ CalFresh/CalWORKs/FDPIR ☐ Homeless ☐ Income Household

Total Household Size: ☐ Total Household Income: $ ☐

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice Per Month ☐ Monthly ☐ Annual

Application Approved For: ☐ Free Eligible ☐ Reduced-Priced Eligible

Application Denied Because: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Incomplete/Missing Information

☐ Other: _____

Date Notice Sent: _____

Signature of Approving Official: _____ Date: _____

Rosemead School District
Nutrition & Wellness
3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770

☎ (626) 312-2900
(626) 312-2913
www.rosemead.k12.ca.us

Aplicación de Beneficios Universales
Distrito Escolar de Rosemead

Esta solicitud puede calificar a su hijo para beneficios como EBT/SUN Bucks de verano, acceso a Internet, transporte escolar y más. Consulte con el distrito escolar de su hijo para saber qué beneficios pueden estar disponibles para ellos. Completar esta solicitud no afectará la capacidad de su estudiante para recibir comidas escolares sin costo alguno. El Departamento de Seguridad Nacional de EE. UU. y el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. no consideran los servicios de salud, alimentos y vivienda como parte de la determinación de carga pública. Por lo tanto, presentar esta solicitud no dañará el estatus migratorio de una persona.

Nota: Un no miembro del hogar puede ser designado como representante autorizado para fines de procesamiento de la solicitud si tiene dificultades para completar el proceso de solicitud.

Complete, firme y devuelva esta solicitud a:

Rosemead School District
Nutrition & Wellness
3907 Rosemead Blvd., Suite 150
Rosemead, CA 91770

1. Haga una lista de **todos los estudiantes** que viven con usted y que asisten a la escuela usando la ortografía exacta que figura en sus registros escolares. Si el estudiante está experimentando una falta de vivienda, indíquelo colocando una "x" en la casilla "sin hogar". Incluya cualquier ingreso personal recibido por el estudiante y haga una "x" en la casilla correcta para la frecuencia con la que se recibe.

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	MI	Sin hogar	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Estudiante Ingreso	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

Si algún miembro del hogar (incluido usted mismo) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia, escriba un número de caso. Si la respuesta es no, vaya al paso 3.
☐ **CalFresh** ☐ **CalWORKs/ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)**

☐ **Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR)**

Número de caso: _____

2. **Enumere los nombres de todos los demás miembros del hogar: ingrese los ingresos (en dólares enteros) y verifique la frecuencia con la que se reciben. Si un miembro del hogar no recibe ingresos, escriba 0. Si ingresa 0 o deja las secciones de ingresos en blanco, está prometiendo que no hay ingresos que declarar.**

Reporte de Ingresos: Ganancias del Trabajo (antes de cualquier deducción) y Asistencia Pública/Manutención de Menores/Pensión Alimenticia

Nombres de todos los demás miembros del hogar (no incluye a los estudiantes mencionados anteriormente)	Rendimientos del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual	Asistencia Pública/Manutención de los Hijos/Pensión Alimenticia	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

Reporte de Ingresos Continuación: Pensiones/Jubilación/Seguro Social (SSI) y cualquier otro ingreso que no esté listado

Nombres de todos los demás miembros del hogar (Continuación de arriba)	Pensiones/ Jubilación/ Seguro Social (SSI)	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual	Cualquier otro ingreso Todavía no está en la lista	Semanal	Quincenal	2 x mes	Mensual
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

3. **Total de miembros del hogar** (Incluya a todas las personas que viven en su hogar): ☐
(El total ingresado debe ser igual al número de miembros del hogar enumerados anteriormente, es posible que se requiera una segunda solicitud si el número de miembros del hogar excede los campos vacíos)

4. **Información de contacto y firma: complete, firme y devuelva esta solicitud a la dirección anterior:** Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que todos los ingresos se informan y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de un estado diferente o una organización tribal india (si corresponde). Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de beneficios federales o estatales y que los funcionarios escolares pueden verificar (verificar) la información. Soy consciente de que si doy información falsa a propósito, mis hijos pueden perder estos beneficios y puedo ser procesado bajo las leyes estatales y federales aplicables.

Nombre impreso del miembro adulto del hogar	**Firma de un miembro adulto del hogar**	
Dirección postal	**Ciudad, estado y código postal**	
Dirección de correo electrónico	**Número de teléfono diurno**	**Fecha**

5. **Identidades raciales y étnicas de los niños (opcional): estamos obligados a solicitar información sobre la raza y el origen étnico de su(s) hijo(s). Esta información es importante y ayuda a asegurarnos de que estamos sirviendo plenamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su(s) hijo(s) para recibir comidas gratuitas o a precio reducido o SUN Bucks.**

   Marcar una o más identidades raciales: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Blanco

   Marca una identidad étnica: ☐ Hispanos o latinos ☐ Ni hispanos ni latinos

Elegibilidad para la Nutrición Infantil: La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere la información en esta solicitud. No tiene que dar la información, pero si no lo hace, no podemos determinar la elegibilidad para los beneficios a través de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russel. La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell requiere que usemos la información de esta solicitud para determinar quién califica para los beneficios de EBT de verano. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a brindar los beneficios del programa a su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Algunos niños califican para beneficios sin una solicitud. Por favor, póngase en contacto con su estado o ITO para obtener beneficios para un niño de acogida y niños sin hogar, migrantes o fugitivos.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o represalias o venganzas por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos de presentación de recursos y quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en la página web Cómo presentar una queja por discriminación en el programa en https://www.usda.gov/about-usda/general-information/staff-offices/office-assistant-secretary-civil-rights/how-file-program-discrimination-complaint y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA de la siguiente manera:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,
1400 Independence Avenue
SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410;
(2) fax: (202) 690-7442; or
(3) email: program.intake@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Distrito Escolar de Rosemead
Nutrición y Bienestar

Declaración de no discriminación: El Distrito Escolar de Rosemead prohíbe la discriminación, la intimidación, el acoso (incluido el acoso sexual) o el acoso escolar basado en la ascendencia real o percibida de una persona, color, discapacidad, etnia, género, expresión de género, identidad de género, estado migratorio, estado civil, origen nacional, estado parental, estado de embarazo, raza, sexo, orientación sexual o asociación con una persona o grupo con una o más de estas características reales o percibidas.

Solo para uso escolar: no escriba debajo de esta línea

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.
(Do not convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

If the "Homeless" box is checked, refer to the student(s) records in CALPADS to verify the homeless record(s).

If there is no record of homelessness in CALPADS, refer the household to your LEA's Homeless Liaison to verify their status.

Local Education Agency Approval: ☐ CalFresh/CalWORKs/FDPIR ☐ Homeless ☐ Income Household

Total Household Size: ☐ Total Household Income: $ ☐

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Twice Per Month ☐ Monthly ☐ Annual

Application Approved For: ☐ Free Eligible ☐ Reduced-Priced Eligible

Application Denied Because: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Incomplete/Missing Information

☐ Other: _____

Date Notice Sent: _____

Signature of Approving Official: _____ Date: _____

3907 Rosemead Blvd.
Rosemead, CA 91770
Phone: 626-312-2900
Fax: 626-312-2906

PHILIP D'AGOSTINO, Ed.D, Superintendent of Schools

BOARD OF TRUSTEES
Nancy Armenta
Diane Benitez
Ronald Esquivel
Veronica Peña
John Quintanilla

STUDENTS WITH FOOD ALLERGIES OR INTOLERANCES

If your child has a food allergy or intolerance, please do the following:

- ☐ Have a licensed physician, physician assistant, or nurse practitioner complete and sign the attached **Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations**
- ☐ Return the completed Medical Statement form to the school office, cafeteria, or Nutrition Services office

Question? Please call Nutrition Services at (626) 312-2900, ext. 254.

ESTUDIANTES CON ALERGIAS O INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

Si su hijo tiene una alergia o intolerancia a los alimentos, haga lo siguiente:

- ☐ Pídale a un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia que complete y firme la Declaración médica adjunta para solicitar comidas especiales y / o adaptaciones
- ☐ Regrese el formulario de Declaración Médica completado a la oficina de la escuela, a la cafetería o a la oficina de Servicios de Nutrición

¿Pregunta? Llame a Servicios de Nutrición al (626) 312-2900, ext. 254.

HỌC SINH CÓ DI ỨNG HOẶC KHÔNG DUNG NẠP THỰC PHẨM

Nếu học sinh có dị ứng hoặc không dung nạp thực phẩm, xin tuân thủ các điều sau đây:

- ☐ Yêu cầu bác sĩ được cấp phép, y sĩ, hoặc y tá thực hành điền và ký vào **Giấy Giám Định Y Khoa Đề Nghị Đồ Ăn và/hoặc Điều Chỉnh Đặc Biệt**
- ☐ Nộp lại Giấy Giám Định Y Khoa cho văn phòng nhà trường, nhà ăn, hoặc văn phòng Bộ Phận Dịch Vụ Dinh Dưỡng

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi hoặc thắc mắc nào, xin vui lòng gọi điện cho Bộ Phận Dinh Dưỡng, theo số (626) 312-2900, ext. 254.

學生對食物過敏或不能忍受

假如貴子弟有食物過敏或不能忍受某些食物，請執行下列事項：

- ☐ 讓有 執照的醫生，醫生助理，或執業護士 填妥並簽署 **健康聲明書以要求特殊的餐飲和/或調適**。
- ☐ 交回填妥的表格給學校辦公室，餐廳，或營養服務部

任何疑問請打電話給營養服務部,(626) 312-2900, ext. 254.

Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations

Medical Statement Form		
1. School	**2. Site Name**	**3. Site Phone Number**
4. Name of Child		**5. Age or Date of Birth**
6. Name of Parent/Guardian		**7. Phone Number**
8. Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:		
9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation:		
10. Indicate Food Texture for Above Child: ☐ **Regular** ☐ **Chopped** ☐ **Ground** ☐ **Pureed**		
11. Adaptive Equipment to be Used:		
12. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions:		
Foods to Be Omitted	**Suggested Substitutions**	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
13. Signature of Registered Dietitian (RD) or State Licensed Healthcare Professional*		
14. Printed Name	**15. Phone Number**	**16. Date**

*In California, effective April 1, 2025, RDs are permitted to complete and sign a written medical statement for school meal modifications due to a disability. The CDE also permits the following state licensed healthcare professionals to complete and sign a written medical statement for a disability: licensed physicians, physician assistants, and nurse practitioners.

*This form is also considered valid with a certified digital signature.

The information on this form is required to reflect the current medical and/or nutritional needs of the child.

Instructions

1. **School**: Print the name of the school that is providing the form to the parent/guardian.
2. **Site**: Print the name of the site where meals will be served.
3. **Site Phone Number**: Print the phone number of site where meal will be served.
4. **Name of Child**: Print the name of the child to whom the information pertains.
5. **Age of Child**: Print the age of the child. For infants, please use date of birth.
6. **Name of Parent/Guardian**: Print the name of the person requesting the child's medical statement.
7. **Phone Number**: Print the phone number of parent/guardian.
8. **Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected**: Describe how the physical or mental impairment restricts the child's diet.
9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation**: Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the RD or state licensed healthcare professional.
10. **Indicate Texture**: If the child does not need any modification, check "Regular".
11. **Adaptive Equipment to be Used**: Describe specific equipment required to assist the child with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheelchair accessible furniture, etc.).
12. **Foods to be Omitted**: List specific foods that must be omitted.
    Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet.
13. **Signature of RD or State Licensed Healthcare Professional**: Signature of RD or state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.
14. **Printed Name**: Print name of RD or state licensed healthcare professional.
15. **Phone Number**: Phone number of RD or state licensed healthcare professional.
16. **Date**: Date RD or state licensed healthcare professional signed the form.

Definitions

Disability means, with respect to an individual, a physical or mental impairment that substantially limits one or more of the major life activities of such individual; a record of such an impairment; or being regarded as having such an impairment.

Physical or mental impairment means, any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more body systems, such as: neurological, musculoskeletal, special sense organs, respiratory (including speech organs), cardiovascular, reproductive, digestive, genitourinary, immune, circulatory, hemic, lymphatic, skin, and endocrine; or any mental or psychological disorder such as intellectual disability, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disability.

Physical or mental impairment includes, but is not limited to, contagious and noncontagious diseases and conditions such as the following: orthopedic, visual, speech, and hearing impairments, and cerebral palsy, epilepsy, muscular dystrophy, multiple sclerosis, cancer, heart disease, diabetes, intellectual disability, emotional illness, dyslexia and other specific learning disabilities, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Human Immunodeficiency Virus infection (whether symptomatic or asymptomatic), tuberculosis, drug addiction, and alcoholism.

Major life activities include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, sitting, reaching, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, writing, communicating, interacting with others, and working; and the operation of a major bodily function.

Major bodily function includes*,* the operation and functions of the immune system, special sense organs and skin, normal cell growth, and digestive, genitourinary, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, cardiovascular, endocrine, hemic, lymphatic, musculoskeletal, and reproductive systems. The operation of a major bodily function includes the operation of an individual organ within a body system.

USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf (PDF), from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. mail:
   U.S. Department of Agriculture Office of the
   Assistant Secretary for Civil Rights 1400
   Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410;

2. fax:
   833-256-1665 or 202-690-7442; or

3. email:
   program.intake@usda.gov

   This institution is an equal opportunity provider.

Declaración Médica para Solicitar Comidas Especiales y/o Alojamiento

Formulario de Declaración Médica		
1. Escuela	**2. Nombre del sitio**	**3. Número de teléfono del sitio**
4. Nombre del niño		**5. Fecha de nacimiento**
6. Nombre del Padre/Tutor		**7. Número de teléfono**
8. Descripción del impedimento físico o mental del niño afectado:		
9. Explicación de la prescripción de la dieta y/o adaptación:		
10. Indique la textura de los alimentos para el niño anterior: ☐ **Regular** ☐ **Picado** ☐ **Tierra** ☐ **Puré**		
11. Equipo de adaptación que se utilizará:		

12. Alimentos que deben omitirse y sustituciones apropiadas:

Alimentos que deben omitirse	Sustituciones sugeridas
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

13. Firma de un dietista registrado (RD) o profesional de la salud con licencia estatal *		
14. Nombre impreso	**15. Número de teléfono**	**16. Fecha**

*En California, a partir del 1 de abril de 2025, los RD pueden completar y firmar una declaración médica por escrito para modificaciones de comidas escolares debido a una discapacidad. El CDE también permite que los siguientes profesionales de la salud con licencia estatal completen y firmen una declaración médica por escrito para una discapacidad: médicos con licencia, asistentes médicos y enfermeras practicantes.

*Este formulario también se considera válido con una firma digital certificada.

La información en este formulario es necesaria para reflejar las necesidades médicas y/o nutricionales actuales del niño.

Instrucciones

1. **Escuela:** Escriba el nombre de la escuela que proporciona el formulario al padre/tutor.
2. **Sitio:** Escriba el nombre del sitio donde se servirán las comidas.
3. **Sitio:** Escriba el nombre del sitio donde se servirán las comidas.
4. **Nombre del niño:** Escriba en letra de imprenta el nombre del niño al que pertenece la información.
5. **Edad del niño:** Escriba la edad del niño. Para bebés, use la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre/tutor:** Escriba el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño.
7. **Número de teléfono:** Escriba el número de teléfono del padre/tutor.
8. **Descripción del impedimento físico o mental del niño afectado:** Describa cómo el impedimento físico o mental restringe la dieta del niño.
9. **Explicación de la prescripción y/o adaptación de la dieta:** Describa una dieta o adaptación específica que haya sido recetada por el RD o un profesional de la salud con licencia estatal.
10. **Indicar textura:** Si el niño no necesita ninguna modificación, marque "Regular".
11. **Equipo de adaptación que se utilizará:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al niño a comer (p. ej., taza para sorber, cuchara de mango grande, muebles accesibles para sillas de ruedas, etc.).
12. **Alimentos que se omitirán:** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse. **Sustituciones sugeridas:** Enumere los alimentos específicos para incluir en la dieta.
13. **Firma de RD o profesional de la salud con licencia estatal:** Firma de RD o profesional de la salud con licencia estatal que solicita la comida o alojamiento especial.
14. **Nombre en letra de imprenta:** Nombre en letra de imprenta del RD o profesional de la salud con licencia estatal.
15. **Número de teléfono:** Número de teléfono de RD o profesional de la salud con licencia estatal.
16. **Fecha:** Fecha en que RD o un profesional de la salud con licencia estatal firmó el formulario.

Definiciones

Discapacidad significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicho individuo; un registro de tal impedimento; o que se considere que tiene tal discapacidad.

Deterioro físico o mental significa cualquier trastorno o afección fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más sistemas corporales, tales como: neurológicos, musculoesqueléticos, órganos sensoriales especiales, respiratorios (incluidos los órganos del habla), cardiovasculares, reproductivos, digestivos, genitourinarios, inmunológicos, circulatorios, hémicos, linfáticos, cutáneos y endocrinos; o cualquier trastorno mental o psicológico como discapacidad intelectual, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidad específica de aprendizaje.

El impedimento físico o mental incluye, entre otros, enfermedades y afecciones contagiosas y no contagiosas como las siguientes: discapacidades ortopédicas, visuales, del habla y auditivas, y parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, discapacidad intelectual, enfermedad emocional, dislexia y otras discapacidades específicas del aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (ya sea sintomática o asintomático), tuberculosis, drogadicción y alcoholismo.

Las principales actividades de la vida incluyen, entre otras, cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse, sentarse, alcanzar, levantar, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, escribir, comunicarse, interactuar con los demás y trabajar; y el funcionamiento de una función corporal importante.

La función corporal principal incluye el funcionamiento y las funciones del sistema inmunológico, los órganos sensoriales especiales y la piel, el crecimiento celular normal y los sistemas digestivo, genitourinario, intestinal, vesical, neurológico, cerebral, respiratorio, circulatorio, cardiovascular, endocrino, hémico, linfático, musculoesquelético y reproductivo. La operación de una función corporal importante incluye la operación de un órgano individual dentro de un sistema corporal.

Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf (PDF), desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria del demandante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por:

1. correo:
   U.S. Department of Agriculture Office of the
   Assistant Secretary for Civil Rights 1400
   Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410;

2. fax:
   833-256-1665 or 202-690-7442; or

3. correo electrónico:
   program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Open to ages 3-4

PRESCHOOL REGISTRATION 2026-2027

ROSEMEAD SCHOOL DISTRICT OFFERS BOTH FULL AND PART TIME DAY PROGRAMS FOR 3 AND 4 YEAR OLD CHILDREN (CHILD MUST TURN 3 BY SEPT. 1, 2026)







WHEN: Begins April 21, 2026

TIME: 8:30am – 3:30pm
Translators will be on site to help from 8:30am – 12:30pm.

LOCATION: 3907 Rosemead Blvd., Rosemead, CA 91770

Please bring the following documents to determine if your family is eligible for the State Preschool Programs:

- Child's birth certificate and siblings' birth certificates
- Proof of family income (pay stubs from the month prior to the application date)
- Immunization record (yellow card)
- Proof of address
- Child Development Services and Eligibility Certificate Form CD9600 (will be provided during enrollment)

Completing the CD9600 application does not guarantee enrollment in the State Preschool Program. You will be notified within 30 days of completing the CD9600 of your eligiblity status.

Contact us now for more details
(626) 312-2900, ext. 235

New enrollment at
https://www.rosemead.k12.ca.us/

2026-2027 Registraciónde Preescolar

Cuando: 21 de abril de 2026
Hora: 8:30 am– 3:30pm
Los traductores estarán en el lugar para ayudar de 8:30 a.m. a 12:30 p.m.
Lugar: 3907 Rosemead Blvd., Rosemead, CA 91770

El Distrito Escolar de Rosemead ofrece programas diurnos de tiempo completo y parcial para niños de 3 y 4 años (el niño debe cumplir 3 años antes del 1 de septiembre de 2026)

Por favor de traer los siguientes documentos para determinar si su familia es elegible para el Programa Preescolar Estatal:

- Certificado de nacimiento del niño y certificados de nacimiento de los hermanos
- Comprobante de ingresos de la familia (talones de pago del mes anterior antes de la fecha de solicitud)
- Cartilla de Vacunación (**tarjeta amarilla**)
- Verificación de domicilio
- Servicios de Desarrollo Infantil y Certificado de Elegibilidad Formulario CD9600 (se proporcionará durante la inscripción)

*Completando la aplicación CD9600 **no** garantiza la inscripción en el Programa Preescolar Estatal. Usted será notificado dentro de 30 días de completar el CD9600 del estatus de su elegibilidad. Para obtener más información, comuníquese con Desarrollo Infantil al 626-312-2900, ext. 235.*

2026-2027 Đăng Ký Lớp Mẫu Giáo

Khi nào: 21 Tháng Tư, 2026
Thời Gian: 8:30 sáng - 3:30 trưa
Phiên dịch viên sẽ có mặt tại chỗ để trợ giúp từ 8:30 sáng - 12:30 trưa
Địa điểm: 3907 Rosemead Blvd., Rosemead, CA 91770

Học khu Rosemead cung cấp cả chương trình toàn thời gian và bán thời gian cho trẻ em 3 và 4 tuổi (Trẻ phải tròn 3 tuổi trước ngày 1 tháng 9 năm 2026)

Đề nghị đem theo các giấy tờ sau để xác định xem liệu gia đình quý vị có hội đủ tiểu chuẩn cho Chương Trình Mẫu Giáo Bang:

- Giấy khai sinh của con và giấy khai sinh của anh chị em ruột
- Bằng chứng về thu nhập của gia đình (cuống phiếu lương của tháng trước trước ngày nộp đơn)
- Sổ tiêm chủng chích ngừa (**thẻ vàng**)
- Xác nhận địa chỉ
- Dịch vụ Phát triển Trẻ em và Chứng nhận Tính đủ điều kiện Mẫu CD9600 (sẽ được cung cấp trong quá trình ghi danh)

*Đơn CD9600 đã điền **không** đảm bảo việc nhập học vào Chương Trình Mẫu Giáo Bang. Quý vị sẽ được thông báo trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn CD9600 về tình trạng hội đủ tiêu chuẩn của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ với Child Development theo số 626-312-2900, máy lẻ. 235.*

2026-2027 學前班註冊

何時: 2026 年 4 月 21 日
時間: 8:30 am– 3:30pm
翻譯人員將於上午 8：30 至中午 12：30 在現場提供協助
地點: 3907 Rosemead Blvd., Rosemead, CA 91770

羅斯米德學區為 3 歲和 4 歲的兒童提供全日制和非全日制日間課程（兒童必須在 2026 年 9 月 1 日之前年滿 3 歲）

- 孩子的出生證明和兄弟姐妹的出生證明
- 家庭收入证明（申请日期前一个月的工资单）
- 疫苗注射記錄 (黃卡)
- 地址證明
- 兒童發展服務及資格證明書 CD9600 （將於報名時提供）

*完成 CD9600 申請表 **並不** 保證可以登記在州立學前班的課程。在完成 CD9600 表格的 30 天內將會通知您是否符合資格。如需更多信息，请致电 626-312-2900，分机号与儿童发展部联系。 235.*